DE L'EMPLOI DU FER ROUGE

N° 67

DANS QUELQUES

AFFECTIONS DE LA CORNÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Juillet 1888

PAR

PAUL CASTAGNÉ

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Montpellier, le 19 janvier 1857.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Des Chroniques de Languedoc

de la *Revue Populaire de Médecine et de Pharmacie*

—

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Physique médicale.	MM. MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. du cours)	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .	GRANEL.
Pathologie interne.	N....

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. : MM. MARTINS (O. ✻). DUPRE (O. ✻ C. ✻). CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .	MOSSÉ (✻). agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBRUEIL, *président.*
JAUMES, *professeur.*
TRUC, *agrégé.*
FORGUE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire de mon Grand-Père

A MA FEMME

A ma Mère et à mon Père

Faible témoignage de mon éternelle reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.

P. CASTAGNÉ.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR HENRI CASTAGNÉ

A MON FRÈRE

l'Abbé Raphaël CASTAGNÉ

P. CASTAGNÉ.

A MON BEAU-PÈRE

A ma Belle-Mère

A la famille MARTIN (de Sydney)

A TOUS MES PARENTS

P. CASTAGNÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL SAINT-ÉLOI

P. CASTAGNÉ.

A Monsieur le Professeur-Agrégé TRUC

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A Monsieur le Professeur-Agrégé PÉCHOLIER

A Monsieur le Professeur-Agrégé JACQUEMET

A MES AMIS

P. CASTAGNÉ.

INTRODUCTION

Le titre de notre travail apprend déjà au lecteur que nous n'avons pas voulu traiter une question aussi vaste que celle de l'emploi du feu en oculistique. On a appliqué la cautérisation ignée à tant et tant de cas de chirurgie oculaire, que nous n'aurions jamais pu, livré à nos propres forces, mener à bonne fin notre tâche. Notre but a été plus modeste : nous nous sommes uniquement proposé de mettre en relief les avantages du fer rouge dans les maladies au traitement desquelles nous avons assisté pendant le temps, malheureusement trop court, que nous avons passé à la clinique d'ophtalmologie. Nous avons vu le fer rouge, manié par un opérateur habile, produire des résultats merveilleux, et c'est surtout la rapidité d'action de cet agent curateur qui nous a donné l'idée de notre Thèse inaugurale. Le feu n'est plus ici le destructeur tant redouté : c'est le réparateur par excellence ; c'est lui qui vient triompher des obstacles devant lesquels d'autres méthodes ont échoué.

L'emploi du fer rouge en chirurgie oculaire proprement dite est de date relativement récente, et cependant les écrits abon-

dent sur cette question. Moins que personne nous n'avons lieu d'en être surpris, car il est impossible d'assister à la cure radicale d'affections rebelles par un moyen des plus simples sans être porté à l'adopter immédiatement. C'est ce que nous avons fait. Appelé par notre profession à exercer dans des pays où les règles de l'hygiène sont loin d'être toujours observées, où les influences climatériques ont un tel retentissement sur les plaies, où les infections se font avec une rapidité désastreuse, sur des navires où nos ressources pharmaceutiques sont souvent insuffisantes, nous avons fondé sur le fer rouge des espérances que la pratique ne trompera pas, nous en sommes certain.

Nous tenons à présenter à M. le professeur Dubrueil, l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

Nous remercions également M. le professeur-agrégé Truc, des conseils qu'il nous a prodigués en oculistique.

Nous ne saurions oublier M. Ducamp, interne de la clinique ophtalmologique, que nous avons toujours trouvé prêt à nous aplanir les difficultés qui se dressaient devant nous.

Après un aperçu historique rapide et quelques mots sur la structure de la cornée, nous étudierons successivement :

L'ulcère à hypopyon et son traitement ;

L'ulcère aigu de la cornée ;

L'emploi du fer rouge contre l'infiltration septique des plaies de la cornée, après l'opération de la cataracte ;

Les avantages de la cautérisation ignée contre les hernies simples de l'iris ;

Le ptérygion et les moyens qui nous paraissent les plus propres à combattre sa récidive.

Nous terminerons par le manuel opératoire.

DE L'EMPLOI DU FER ROUGE

DANS QUELQUES

AFFECTIONS DE LA CORNÉE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La cautérisation ignée a joué un grand rôle chez les anciens. Hippocrate regardait comme incurables les maladies que le feu ne guérissait pas ; mais, en chirurgie oculaire, il n'était employé, avant 1873, que pour des opérations pratiquées sur les paupières ou sur l'appareil lacrymal. M. le Dr Brun, dans sa thèse inaugurale, rapporte plusieurs observations dans lesquelles il nous montre la cautérisation au fer rouge appliquée dans le cas de fistule lacrymale suivie de guérison complète.

Le feu est également employé avec succès dans l'entropion par Delpech, de Montpellier. Mais ce n'est véritablement que en 1873, à San Francisco, et en 1876, à Lyon, que le fer rouge est porté directement sur le globe oculaire.

M. Martinache et M. le professeur Gayet, après avoir fait, chacun de leur côté, des expériences sur les animaux et s'être assurés de la parfaite innocuité de la cautérisation ignée, appliquèrent cette méthode à l'homme et en retirèrent des résultats inespérés.

Deux chirurgiens découvrent donc presque simultanément les avantages du fer rouge en oculistique.

A partir de ce moment, et grâce à l'impulsion donnée par l'éminent professeur de Lyon, l'emploi du feu en oculistique se répand de plus en plus.

C'est ainsi qu'en avril 1879, le Dr Coursserant s'exprime en ces termes dans le *Journal des Connaissances médicales :* « La thérapeutique oculaire vient de s'enrichir dans ces dernières années d'un nouveau procédé qui est appelé à jouer un grand rôle en oculistique : je veux parler de la cautérisation ignée de la cornée. N'hésitant, comme l'inventeur, à proclamer cette méthode de traitement la meilleure et la moins douloureuse, nous avons marché dans cette voie et nous déclarons, après MM. Martinache et Gayet, que la cautérisation ignée de la cornée est appelée à rendre les plus grands services en chirurgie oculaire. »

Au congrès d'Amsterdam, Gayet présente l'observation d'un malade atteint de kératocone et guéri par le fer rouge.

Enfin en 1881, M. le Dr Georges Martin (de Bordeaux) applique le fer rouge après l'opération du ptérygion.

Telle est, retracée à grands traits, l'histoire de la cautérisation ignée employée contre les affections oculaires. Depuis lors on s'en est servi, dans un grand nombre de cas en oculistique, mais avec des succès différents.

CHAPITRE II

Avant de parler des maladies de la cornée que je me propose d'étudier, et qui réclament l'emploi du fer rouge, il me semble utile de dire quelques mots de la structure de cette membrane.

La cornée (*kéras,* corne) est la portion antérieure de la coque oculaire constituée par la sclérotique. Elle représente un sixième environ de cette coque. Elle appartient comme calotte ellipsoïde à un rayon de courbure plus petit que celui de la sphère scléroticale. La cornée est exposée à l'air libre, presque sans autre protection que le voile mobile des paupières. Elle est plus bombée chez les enfants et chez les myopes ; elle s'aplatit chez les vieillards et les hypermétropes.

Son épaisseur est à peine de 1/10 de millimètre ; chez le fœtus, elle est plus épaisse au centre qu'à la périphérie ; c'est le contraire chez les adultes ; mais cette disposition varie, quelquefois. On la trouve partout d'une égale épaisseur, notamment chez les enfants ; quelquefois même elle est en sens inverse.

La cornée est une membrane ferme, dure, difficile à déchirer. Elle est ovalaire, à grand diamètre transversal, la grosse extrémité tournée en dedans ; la sclérotique, dans laquelle elle est enchâssée à la façon d'un verre de montre, empiète sur elle par en haut et par en bas. Elle présente deux faces, une face antérieure convexe, plus longue en travers que verticalement et plus large en dedans ; la face postérieure est concave et

limite en avant la chambre antérieure de l'œil. La circonférence est ovalaire, à grand diamètre transversal, à petit diamètre vertical.

Structure. — La cornée paraît homogène et sa transparence, qui n'arrête les rayons lumineux sur aucun de ses éléments, en a rendu l'étude fort difficile.

On l'a crue pendant longtemps composée de lamelles concentriques appliquées les unes sur les autres comme des écailles d'oignon.

Mais aujourd'hui de délicates études ont fixé cette structure, et on admet que la cornée est formée, d'avant en arrière :

1° d'un épithélium pavimenteux, continuation de l'épithélium conjonctival ;

2° d'une lame élastique qui lui sert de support (membrane de Bowman) ;

3° d'une substance propre (tissu cornéen) ;

4° d'une seconde membrane élastique (membrane de Descemet ou de Demours) ;

5° d'une couche épithéliale.

Sans entrer dans de plus grands détails sur la structure intime de ces divers éléments, nous dirons cependant que le tissu cornéen est dense, serré, se composant d'une substance fibroïde, parsemée de cellules plasmatiques, d'aspect fibrillaire.

Vaisseaux et nerfs de la cornée. — Des artères capillaires faisant suite aux artérioles de la conjonctive et de la sclérotique pénètrent la cornée par sa circonférence et se recourbent en anses veineuses après un certain trajet. Or ce trajet ne va pas au-delà de deux à trois millimètres. Chez l'embryon, le parcours est plus long ; il va jusque vers le centre, sans le franchir.

Grâce aux travaux de His et de Sœmisch, on connaît mieux les nerfs de la cornée. Ils viennent soit de la conjonctive bulbaire, soit des nerfs ciliaires, et forment des filets très nombreux, d'abord à double contour, puis à un seul après leur première division ; ils se dépouillent progressivement du périnèvre et de la moelle.

De leurs divisions dichotomiques résulte un réseau très superficiel et très abondant, dont les filaments libres et terminaux arrivent aux cellules étoilées.

Ces filaments ne se rencontrent que dans la moitié antérieure de l'épaisseur de cette membrane.

Leur nombre relativement considérable (40 à 50, d'après Sœmisch) expliquerait, pour le Dr Martin, de Bordeaux, le soulagement résultant de la cautérisation ignée, dans certaines maladies de la cornée. D'après cet ophtalmologiste, le fer rouge agirait par la destruction des nerfs mis à nu comme, par exemple, dans l'ulcère.

Nous-même avons été témoin de la suppression de douleurs très vives presque immédiatement après l'application d'un point de feu.

CHAPITRE III

ULCÈRE A HYPOPYON

On désigne sous le nom d'*ulcère à hypopyon* (kératite ulcéreuse chronique, asthénique, *ulcus serpens* de Sœmisch) une forme grave d'ulcère caractérisée par une perte de substance ronde ou ovale, de couleur blanchâtre, dont le bord présente, pendant toute sa période de développement, une infiltration plus ou moins étendue en arc de cercle étroit, de couleur blanche caséeuse, entourée de petits points d'infiltration ou de stries qui rayonnent vers le bord de la cornée. C'est dans la direction de ces foyers que l'ulcère a le plus de tendance à se propager. Dès le début, on voit se former un hypopyon qui peut provenir soit de l'ulcère lui-même, le pus ayant fusé à travers les lames de la cornée, soit d'une altération des cellules épithéliales qui tapissent la face interne de la membrane de Descemet, soit enfin d'une iritis, complication très-fréquente de la maladie.

Ce genre d'ulcère se rencontre le plus souvent chez des personnes atteintes d'une maladie du sac lacrymal, compliquée de rétrécissement du canal nasal et d'une plaie cornéenne. On peut également le trouver chez des personnes malpropres. Les anciens accusaient surtout l'état général d'être la cause de cette affection. Mais, ainsi que l'ont démontré les expériences de

Leber et Stromeyer entreprises sur des animaux, c'est bien une maladie d'origine microbienne (*staphylococcus aureus*), contre laquelle on doit lutter.

De ce qui précède, l'on peut conclure que le pronostic de l'*ulcus serpens* est grave. Sa tendance à envahir de plus en plus la cornée doit faire craindre une perforation de cette dernière et par suite l'issue de l'humeur aqueuse.

Si l'ulcère est central, le cristallin, n'étant plus retenu en arrière par le liquide de la chambre antérieure, s'applique contre la cornée, et si le contact est de quelque durée, il se forme sur la capsule du cristallin un dépôt de lymphe plastique. Lorsque l'ouverture ulcéreuse est cicatrisée, l'humeur aqueuse se reproduit ; mais il n'en reste pas moins une cataracte à laquelle on a donné le nom de *capsulaire*.

L'ulcère est-il situé sur les parties latérales de la cornée, nous constatons encore le même phénomène : la chambre antérieure se vide et ce qui est en arrière de l'ulcère vient s'accoler à la plaie cornéenne. Dans ce cas, ce sera l'iris qui se portera en avant. Or, il peut se passer ceci : ou bien l'iris restera adhérent à la face postérieure de l'ulcère, et il en résultera une synéchie antérieure, ou bien encore si la perte de substance est considérable, il peut survenir soit un prolapsus de l'iris, soit un staphylôme partiel de la cornée ou de l'iris. Le cristallin lui-même peut dans certains cas être chassé hors de l'œil, la zonule de Zinn se rompre, et une quantité plus ou moins considérable d'humeur vitrée s'échapper. Alors on verra se succéder des hémorragies intra-oculaires, des décollements de la rétine qui aboutiront à une inflammation générale et destructive du globe de l'œil.

TRAITEMENTS DIVERS

Avant l'emploi du fer rouge en oculistique les traitements proposés pour enrayer le mal à marche trop rapide consistaient dans l'usage des compresses chaudes, du bandeau compressif, afin d'éviter le frottement continuel des paupières sur la partie atteinte et faciliter par ces moyens la production d'une couche épithéliale à la surface de l'ulcère non encore perforé. Les myotiques et les mydriatiques étaient également mis en usage suivant que l'ulcère se trouvait au centre ou à la périphérie de la cornée.

Après les expériences de Leber et de Stromeyer, les antiseptiques jouissent d'une grande vogue (compresses chaudes trempées dans une solution de sublimé ou dans de l'eau carbolisée à 5 pour 1000, grandes rondelles de lint boraté imbibées d'une solution antiseptique chaude). Dans l'intervalle des applications de compresses ; on employait le bandeau compressif pour lutter contre la pression oculaire. Enfin, si le pus apparaissait et si la quantité en était considérable, à l'aide d'un couteau lancéolaire on pratiquait une incision à la partie inférieure de la cornée, tout près de la sclérotique.

En 1870, M. Sœmisch conseille dans les cas d'ulcère à hypopyon une opération qui porte son nom et qui consiste dans l'incision complète de l'ulcère.

Avec un couteau linéaire de de Graefe, le tranchant en avant, l'on ponctionne la cornée à l'extrémité de son grand axe et un peu en dehors de l'ulcération. La pointe de l'instrument sortant du côté opposé à celui de l'entrée, si l'on a soin, ce qui d'ailleurs est indispensable, de passer en arrière des masses purulentes, lorsque la partie tranchante du couteau linéaire se dégagera des tissus cornéens, l'ouverture ainsi faite comprendra

toute l'étendue et même plus de l'étendue de l'abcès. Dès lors, le pus s'écoulera librement au dehors et il restera seulement à entr'ouvrir les lèvres de la plaie pour y porter des liquides antiseptiques, au moyen d'une seringue de Panas. Mais, s'il arrivait que le pus trop épais ne pût pas être évacué, dans ce cas on le saisirait avec une pince, et lorsque l'abcès serait complétement vidé, on pratiquerait les injections.

Tels étaient les différents moyens destinés à combattre et à guérir l'ulcère à hypopyon, lorsque MM. Gayet et Martinache ont eu l'heureuse idée de se servir du fer rouge.

VALEUR COMPARÉE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS EMPLOYÉS ET DISCUSSION

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les traitements employés avant 1870, avant que Sœmisch eût vulgarisé l'opération qui porte son nom. Que pouvaient contre un ulcère dont la tendance à tout envahir est si connue, que pouvaient des moyens tels que des applications de glace ou d'eau chaude, les caustiques, les résolutifs, les saignées, les purgatifs ou les révulsifs ? Les traitements différaient selon les idées régnantes, et on serait encore à chercher un cas de guérison d'ulcère à hypopyon dû à cette méthode exclusivement empirique.

Les caustiques chimiques ne m'arrêteront pas longtemps : ils sont définitivement jugés et condamnés : leur action est fort difficile à limiter ; elle ne se produit que par une combinaison du caustique avec les tissus, enfin les parties touchées sont tatouées, inconvénient qui vaut la peine d'être pris en considération.

Leber et Stromeyer indiquèrent par leurs expériences la voie à suivre : la cornée envahie par le pus ne pouvait être sauvée

que par l'emploi rigoureux des antiseptiques. C'était un progrès dans la thérapeutique oculaire, un progrès sérieux même ; ce n'était pas encore l'idéal.

Si l'on compare ces divers moyens au Sœmisch, on n'hésite pas à accorder la préférence à cette dernière opération ; cependant elle n'a pas l'avantage, si on lui oppose le fer rouge, et c'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer.

Avant l'emploi des antiseptiques, on n'osait pas porter l'instrument tranchant sur tous les foyers purulents et le pus s'écoulait au dehors comme il pouvait, non sans avoir auparavant causé les plus graves désordres. Lister révolutionna la pratique chirurgicale en montrant l'innocuité des incisions, à la condition toutefois qu'elles fussent aseptiques et que le liquide purulent perdît ses propriétés nocives par l'application de substances désinfectantes. Dès lors la règle fut de débrider largement les foyers purulents, pour en évacuer le contenu par des lavages. La cornée devenait par cela même assimilable à tous les autres tissus ; comme eux, elle devait être débridée, le pus ayant une tendance à se propager entre les diverses lames qui concourent à sa formation. M. Sœmisch eut le mérite de créer un mode opératoire répondant parfaitement aux diverses exigences de tout foyer purulent ; nous avons décrit ailleurs l'opération, nous n'y reviendrons pas. Ce procédé devait certainement attirer l'attention des ophtalmologistes, et l'expérience devait venir confirmer ce que l'auteur offrait non pas comme une vue de l'esprit, mais comme un moyen d'agir sûrement et efficacement contre la kératite ulcéreuse. Malheureusement, comme il arrive souvent en pareille circonstance, l'effort tenté dépassa le but et à l'engouement du premier moment succéda une appréciation plus saine et plus raisonnée de ce procédé, qui, d'après son inventeur, s'imposait dans tous les cas d'ulcère à hypopyon. D'abord l'opération de Sœmisch n'est pas sans présenter certains dangers pour la cornée, pour l'œil lui-même ;

ensuite elle ne donne pas toujours à elle seule la guérison radicale. Le moindre inconvénient qui puisse résulter de l'incision cornéenne est une cicatrice linéaire qui au début gênera quelque peu la vision, mais dont bientôt le malade ne se préoccupera plus ; la guérison obtenue, le champ visuel sera traversé par une ligne dont il sera bien facile de faire abstraction. Ce désagrément serait fort peu de chose si l'œil pouvait être sauvé à ce prix ; mais voici qui est autrement grave.

Nous savons que chaque matin il est nécessaire, pendant tout le temps que dure le mal, d'écarter au moyen d'une pince les lèvres de la plaie cornéenne pour déterger le foyer purulent. N'est-il pas à craindre que la cornée contusionnée, malgré toute la douceur de la manœuvre, ne s'enflamme et ne se mortifie sur tous les points ainsi touchés ? La réparation de ces parties mortifiées se fera avec une lenteur désespérante et de plus elle laissera à sa suite une bandelette plus ou moins large de tissu opaque qui abolira dans la mesure de son étendue tout ou partie de la vision. Il est vrai que l'on a la ressource de créer une pupille artificielle.

Ce n'est pas encore tout. Nous avons dit ailleurs, en décrivant le manuel opératoire, que dans l'opération de Sœmisch il faut introduire un couteau de de Græfe à travers la cornée, le faire pénétrer dans la chambre antérieure et ressortir par une contre-ponction faite en un point diamétralement opposé au point d'entrée : la chambre antérieure est ainsi largement ouverte. C'est ce que l'on se propose, nous dira-t-on. D'accord; mais ce que l'on ne se propose pas, j'aime à croire, c'est de favoriser la production de staphylômes énormes et d'ouvrir la porte, si je puis me servir de cette expression banale, aux liquides contenus dans le globe oculaire. Pour ce qui est du staphylôme, l'observation montre que quand la cornée a perdu de sa résistance à la suite d'un traumatisme ou qu'elle présente une épaisseur moindre qu'à l'état normal, elle est susceptible de se laisser

distendre ; ne se met-on pas dans les conditions les plus favorables à cette distension en débridant une cornée qui retient des liquides dont la tension est supérieure à la normale ? Et pour ce qui est de la possiblité de voir l'œil se vider, il est aisé de démontrer que cette éventualité peut se produire à chaque instant ; tout le monde a vu au cours d'une opération de cataracte l'humeur vitrée s'échapper en plus ou moins grande quantité sans que le malade eût fait un effort bien considérable ; cependant la plaie cornéenne est réduite ici à ses extrêmes limites. Mais le chirurgien est là qui surveille cette issue du vitré ; il abaisse la paupière de son opéré, comprime légèrement le globe oculaire, et la cicatrisation marche si rapidement que l'incision linéaire pratiquée le matin peut ne plus être visible le soir : désormais tout danger a disparu. En est-il de même quand pour évacuer le pus de la chambre antérieure, on est obligé de transformer une incision linéaire en ouverture elliptique ou circulaire, et cela plusieurs jours de suite ? En admettant cependant que l'œil ne se vide pas, l'iris sera certainement projeté en avant ; complication grave, car, la hernie irienne étant très difficile à réduire, des synéchies totales se produiront et c'est ce que l'on a eu fréquemment l'occasion de remarquer. Ces synéchies donneront naissance à des accès glaucomateux à répétition, par suite des tiraillements qu'elles exercent sur la région ciliaire et ces accès pourront amener une atrophie de l'œil.

Il nous reste à démontrer que les partisans de l'opération de Sœmisch ont plus d'une fois été obligés de recourir à la cautérisation ignée après avoir débridé la cornée et employé les lavages antiseptiques. Nous verrons, par une observation que nous relevons parmi celles de la clinique, que dans un cas d'ulcère à hypopyon à trois reprises on a fait la kératotomie et désinfecté aussi soigneusement que possible le foyer purulent, mais que l'amélioration a été constatée seulement après la cautérisation

ignée. Nous trouvons d'ailleurs les mêmes faits dans Coursserant (1), dans les thèses de Lavallée, qui cependant est un partisan convaincu du Sœmisch, et de Passerat. Dans le travail de Lavallée, nous trouvons, à la page 26, une observation du Dr Cadel fort instructive ; nous la rapporterons très sommairement : Il s'agit d'un homme porteur d'un vaste ulcère de l'œil gauche, avec hypopion bien remarquable ; tous les antiphlogistiques, tous les désinfectants furent employés sans succès. Le mal allait en augmentant ; l'opération de Sœmisch ne donna aucun résultat et l'on dut « se résigner à pratiquer la cautérisation ignée.» Le malade n'éprouva aucune douleur, aucune réaction, et le matin suivant, l'hypopyon était presque en totalité résorbé. M. Passerat rapporte quatre observations d'ulcères serpigineux de la cornée que l'on a commencé par traiter au moyen du Sœmisch ; l'opération en elle-même a été faite dans les meilleures conditions ; l'opérateur était M. Gayet. Eh bien ! dans ces quatre cas, en dépit du grattage de l'abcès, en dépit des lavages avec l'eau chlorée, en dépit de la persistance à continuer ces soins, le pus a toujours poussé des fusées entre les lames de la cornée ou bien la lésion est restée dans le même état. En revanche, du jour au lendemain on a constaté les heureux effets de la cautérisation ignée sur ces mêmes yeux qui étaient fatalement destinés à être perdus avec l'autre méthode. Faut-il, comme Lavallée, se demander si le tempérament de ces malades était d'une nature très saine ? Les trois premiers n'offrent rien de particulier au point de vue des antécédents ; le quatrième seul a eu de fréquentes ophtalmies dans le jeune âge. Après ces quatre cas où l'on voit la cautérisation ignée venir puissamment en aide au Sœmisch, nous en trouvons d'autres, toujours dans le travail de Passerat, où l'on a immédiatement appliqué le feu sur la

(1) Coursserant, *Journal des connaissances médicales.*

cornée et l'amélioration ne se fait pas attendre : en trois ou quatre jours, l'œil malade n'inspire plus la moindre crainte ; les vaisseaux se montrent ; le fond des ulcères se relève de plus en plus.

Nous ne dirons donc pas, avec Lavallée : « Appliquez toujours et avant tout le procédé de Sœmisch. Presque toujours il suffira. Si par extraordinaire vous n'obtenez pas la guérison, appliquez le procédé nouveau ; l'un complètera l'action de l'autre. » Ce que nous avons vu et lu nous donne à penser qu'il faut se garder de perdre un temps précieux et que mieux vaut appliquer une méthode sûre qu'une douteuse. Voici d'ailleurs une observation prise à la clinique d'ophtalmologie qui vient à l'appui de ce que nous avançons.

OBSERVATION PREMIÈRE

G. F..., chauffeur, entre à la clinique le 1er juillet 1887. Très bonne santé habituelle, pas de troubles de la vue. Il y a 12 jours, l'œil gauche devint rouge et douloureux, sans cause appréciable, le malade affirmant n'avoir pas reçu de coup ni senti de corps étranger dans l'œil. Son médecin lui a conseillé le repos et ordonné un collyre au sulfate de zinc, ce qui n'a pas empêché les douleurs de se faire sentir et l'état local d'empirer. On lui conseille alors de venir à la clinique. L'examen de l'œil donne les résultats suivants : injection, surtout au bas de l'œil gauche ; paupières œdématiées et un peu

contracturées, cornée dépolie et infiltrée de pus, hypopyon occupant le tiers inférieur de la chambre antérieure et l'épaisseur des lames cornéennes ; infiltration légère de la partie moyenne.

1er juillet. — Lavage à l'eau boriquée et au biiodure, incision de l'abcès ; le pus, très concret, ne s'écoule pas et doit être retiré au moyen de pinces à cupule.

Ésérine, bandeau compressif, bain de pieds sinapisé.

2. — Amélioration. L'infiltration existe encore, mais l'hypopyon a disparu. La chambre antérieure est reformée. Nouvelle kératotomie. Douleurs moindres.

3. — Amélioration considérable. Plus aucune douleur. L'infiltration cornéenne persiste, mais ne s'est pas étendue. Cornée encore louche, iris paresseux et terne. Ésérine, bandeau compressif.

4. — Même état. Sur le bord marginal gauche de la cornée, on remarque une zone d'infiltration sous la forme d'une traînée blanche.

5. — Au niveau de la plaie cornéenne, une cicatrice s'est formée. Même traitement.

7. — Troisième incision avec le couteau lancéolaire. Lavages désinfectants, ésérine.

8. — Cautérisation au fer rouge de la zone d'infiltration inférieure de la cornée et de la conjonctive sur les bords de la zone d'infiltration marginale externe de la cornée.

10. — On constate à la suite de la cautérisation une amélioration très grande : la partie inférieure de la cornée s'est beaucoup éclaircie, l'infiltration marginale n'a pas progressé. Le malade n'accuse pas la moindre douleur. Ésérine.

12. — Des instillations d'atropine n'amènent pas de dilatation pupillaire. Le myosis, d'ailleurs, était peu marqué les jours précédents, probablement à cause du peu d'absorption

des liquides à la surface d'une cornée dont les lames étaient infiltrées. Esérine.

17. — Atropine . Dilatation irrégulière de la pupille due à des synéchies.

18. — Instillations d'atropine : la pupille est encore irrégulière ; les synéchies semblent céder sur certains points.

22. — Le malade sort. Son acuité visuelle est à ce moment : œil droit 1/3, œil gauche 1/40e.

29. — Le malade revient. L'œil gauche présente un leucôme épais, surtout en bas, arrivant jusqu'à la pupille qu'il couvre presque en totalité.

Cette observation vient à l'appui de celles de Passerat. Dans toutes, le traitement préconisé par le professeur de Bonn a été reconnu insuffisant et on a dû avoir recours à la cautérisation ignée.

Nous allons maintenant démontrer que le feu à lui seul est capable d'enrayer sûrement la marche des ulcères de la cornée et développer quelques uns des avantages qui nous semblent les plus remarquables parmi ceux que nous lui reconnaissons.

Dire que le feu est l'antiseptique par excellence nous paraît superflu : tous les jours, dans la pratique de la chirurgie, dans les salles de clinique, nous voyons l'opérateur flamber les instruments qu'il va porter sur une plaie et se contenter de cette manœuvre. De tous les moyens de détruire les microbes, celui-ci est assurément le plus efficace, et si l'on pouvait généraliser cette méthode, on n'aurait plus qu'un agent anti-parasitaire, le feu ; malheureusement ce moyen héroïque n'est applicable que dans un petit nombre de cas : les anciens, qui en médecine et en chirurgie pratiquaient seulement l'empirisme, avaient remarqué l'action bienfaisante du fer rouge sur les tissus infiltrés de virus, et ils « éteignaient », c'était l'expression usitée en pareil cas, ils éteignaient des cautères en les enfonçant dans les

parties atteintes qu'une intervention énergique pouvait seule préserver d'une infection plus ou moins rapide, mais dans tous les cas certaine, l'expérience en faisait foi.

Cette façon de traiter les plaies virulentes est encore en usage ; mais nous l'employons en connaissance de cause. Chaque jour, le microscope découvre des microorganismes que l'on peut et que l'on doit rendre responsables des diverses maladies auxquelles nous sommes sujets : détruisons la cause, nous détruirons aussi l'effet. C'est pour cela que l'antisepsie rigoureusement appliquée donne au praticien des résultats quasi merveilleux, et l'on serait presque tenté de dire que la tendance actuelle est de traiter non pas le mal lui-même, mais ce qui entretient le mal.

De là cette quantité si grande d'agents ayant la prétention d'arrêter les microbes dans leur marche envahissante ; mais en réalité il y en a bien peu qui réunissent toutes les qualités que l'on est en droit d'exiger d'eux. Le feu, lui, les possède toutes, et je dis plus, il les possède au suprême degré : quel est le germe qui résistera à la température d'une lame portée au rouge ? Puisqu'il est démontré aujourd'hui que la kératite ulcéreuse est d'origine microbienne, choisissons un agent qui nous offre toutes les garanties pour tuer ces microbes, et cet agent sera le feu.

Mais, dira-t-on, toucher avec une tige d'acier un organe aussi délicat que l'œil, n'est-ce pas l'exposer à de graves désordres d'abord et infliger au patient des douleurs atroces ? la cornée ne sera-t-elle pas mise à mal par un moyen aussi brutal ?

Pour ce qui est des douleurs, nous pouvons affirmer qu'elles sont moins vives qu'on serait tenté de le croire *à priori*. Si l'on a le soin, comme nous le dirons dans le chapitre relatif au manuel opératoire, de porter l'aiguille à la couleur blanche, le contact n'étant que d'une à deux secondes, le malade n'accuse

pas de douleur ; il a simplement l'impression d'un corps étranger. Les expériences sur les animaux amènent à des conclusions analogues ; on a pu sur eux, d'après la manière dont ils réagissaient, voir s'ils éprouvaient une douleur réelle ou une sensation désagréable ; la réaction est en rapport avec la durée d'application de l'aiguille et aussi avec la température qu'on lui a donnée. Mais aujourd'hui ces préoccupations sont secondaires, la cocaïne permettant d'opérer sans faire souffrir le malade.

Disons seulement que le fer rouge appliqué sur la cornée est bien moins douloureux que le nitrate d'argent ; à ce titre, il mérite le nom du plus doux des topiques.

En outre, loin d'aggraver les douleurs, le fer rouge les calme. Nous avons vu deux cas bien remarquables de sédation par le fer rouge à la clinique ophtalmologique : il s'agissait, non pas de kératite ulcéreuse, mais de déchirures de la cornée qui faisaient horriblement souffrir les malades qui en étaient atteints. Dans ces deux cas, le fer rouge eut bientôt raison des douleurs. Nous pouvons expliquer les douleurs par le fait de la mise à nu des nerfs ciliaires auxquels les causes d'irritation ne manquent pas, puisqu'ils baignent dans des liquides septiques, et leur cessation par la destruction des terminaisons nerveuses, car nous savons que les nerfs ciliaires sont superficiellement placés dans la cornée transparente.

Quant aux désordres que l'on pourrait craindre, ils n'existent pas, car les effets primitifs et consécutifs de la cautérisation ignée sont des plus simples. Les effets en ont été notés sur l'homme et sur les animaux, et l'on a vu que la cautérisation n'entraînait aucune réaction inflammatoire, quelles qu'aient été la profondeur atteinte et la chaleur donnée au cautère.

Une cautérisation légère est réparée en deux ou trois jours et le trouble de la cornée disparaît en moins de huit jours ; a-t-on fait une cautérisation plus profonde, huit jours après, l'épithé-

lium s'est reformé et la tache cornéenne est complétement effacée au bout de dix à douze jours. Enfin, si la température a été très élevée et le contact prolongé, il faut arriver au douzième jour pour que l'épithélium se forme ; à l'examen direct, on voit un trouble nuageux ; à l'examen oblique, on constate une petite facette à l'endroit cautérisé ; après un mois et demi, il n'existe qu'un léger trouble diminuant tous les jours. Quel est le caustique qui nous donnerait de pareils résultats ? Le feu a sur le crayon de nitrate d'argent l'avantage précieux d'agir au point touché ; en outre, il ne tire sa puissance d'action que de lui-même ; le nitrate d'argent exige pour donner un résultat une combinaison chimique des éléments cornéens et la formation d'albuminates d'argent ; il cautérise au-delà du point touché, provoquant la formation d'escarres irrégulières qui peuvent s'étendre jusqu'au cul-de-sac conjonctival si l'on n'a pas eu le soin de neutraliser le nitrate par une solution de chlorure de sodium. Enfin le nitrate se dépose entre les lames de la cornée, où il laisse des traces indélébiles de son passage ; le feu, alors même que son action a été intense et prolongée, ne crée, en fait de désordre cornéen, qu'une facette dont l'existence est révélée après un temps plus ou moins long par l'examen à l'éclairage oblique. Se servir du feu pour cautériser la cornée, c'est donc se placer dans les conditions les plus avantageuses au point de vue du traumatisme à créer ; c'est employer le plus sûr des caustiques.

Le fer rouge possède encore une qualité qui n'est pas à négliger quand il s'agit de traiter un œil enflammé. Il est antiphlogistique, et là encore sa supériorité sur le nitrate d'argent est reconnue de tous. Ecoutons Passerat dans sa thèse inaugurale au sujet du parallèle qu'il établit entre l'azotate d'argent et le feu : « L'application du caustique sur la cornée de quelques lapins n'a pas été plus douloureuse que celle du fer rouge ; mais, en examinant l'animal quelques heures après, j'ai été surpris de

l'inflammation provoquée ; les paupières étaient collées par la sécrétion, et si je les entr'ouvrais, il s'écoulait une quantité assez forte de pus. Autour de l'endroit cautérisé, l'inflammation était forte et l'animal paraissait abattu : cet état était d'autant plus frappant qu'à côté, d'autres lapins cautérisés avec l'aiguille couraient et mangeaient comme d'habitude sans avoir les yeux enflammés. » Tels sont les résultats de l'expérimentation. Veut-on connaître les effets du nitrate d'argent sur la cornée humaine, nous en trouvons un tableau des mieux faits dans les *Annales d'oculistique*, 1854, sous la signature de Guépin (de Nantes) et que nous rapporterons : « Habituellement ces cautères (les cautères chimiques) occasionnent une vive douleur et excitent une réaction qui devient très violente ; je remédie à la douleur par des cataplasmes arrosés d'eau blanche appliqués sur l'œil, par des frictions narcotiques sur le front et les tempes, par la diète, par des potions calmantes. Je combats l'inflammation proprement dite par une forte application de sangsues derrière l'oreille, en ayant soin, au moment où elles tombent, d'empêcher toute fluxion vers la tête, par des révulsifs sur les membres inférieurs et surtout supérieurs. » Que de détails pour un simple attouchement au crayon et combien plus simple est la cautérisation ignée ! une instillation de quelques gouttes de cocaïne, une cautérisation de deux secondes, une compresse d'eau froide, le tout ayant duré moins de temps qu'il n'en faut pour le décrire.

On ne saurait expliquer l'action antiphlogistique du fer rouge, autrement que par l'abaissement de la tension intra-oculaire. Quand on combine le Sœmisch avec la cautérisation ignée, on est certain d'avoir diminué l'hypertonie de l'œil, puisqu'on a débridé la cornée et ouvert la chambre antérieure ; mais lorsqu'on emploie le fer seul, il est difficile de subordonner la diminution de tension à autre chose qu'à une infiltration plus facile et plus grande de l'humeur aqueuse, dont la

sécrétion abondante est entretenue par une cause permanente d'irritation, par l'ulcère lui-même. Cette hypothèse est de Martin (de Bordeaux), et nous l'acceptons volontiers. Dans tous les cas, les faits sont là pour prouver que les attouchements au fer rouge font rapidement cesser l'inflammation, à l'inverse du nitrate d'argent. Les observations suivantes sont une confirmation évidente de ce que nous avançons.

En dernier lieu, mentionnons l'action modificatrice et réparatrice du feu sur la cornée. La réparation se fait à couvert, puisque l'escarre se forme au point touché, réparation d'autant plus rapide, que l'ulcère est protégé par une croûte, et d'autant plus sûre, qu'il est par cela même à l'abri des causes nombreuses d'irritation venues du dehors.

OBSERVATION II

(Clinique d'ophtalmologie. Montpellier)

F. M..., neuf ans, entre à la clinique, le 19 janvier 1888.

Début, il y a quatre mois, par l'œil gauche. Actuellement pas de rougeur, quelques croûtes autour de l'œil, qui persistent depuis un mois. Il y a quinze jours environ, inflammation très vive de l'œil, accompagnée de blépharospasme, qui a duré huit jours environ. Il existe, en outre, un ulcère avec infiltration étendue de la cornée, surtout à la partie inférieure. Hypopyon assez large.

L'œil droit est sain.

19 janvier. — Après chloroformisation, on pratique une cautérisation ignée.

21. — L'ulcère est cicatrisé, léger œdème des paupières.

24. — Nouvelle cautérisation ignée.

4 février. — Le petit malade revient à la clinique et l'on peut constater que le pus s'est résorbé, qu'il n'y a pas eu de perforation de la chambre antérieure, qu'il n'existe pas d'atrésie pupillaire.

OBSERVATION III

(Fromond)

Mich..., 37 ans, entre, le 15 avril 1886, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 11.

N'a jamais été malade. Santé habituellement parfaite.

Le 8 avril, il reçoit dans l'œil une paillette de zinc ; le jour de l'accident et le lendemain, il continue son travail, malgré le larmoiement, la rougeur et la photophobie. Son état va en empirant et, le 13, débutent les douleurs périorbitaires très vives qui le décident à entrer à l'hôpital.

Il existe une ulcération centrale de la cornée, en cupule, des dimensions d'une lentille ; la limite externe en est formée par un croissant verticalement dirigé, ouvert en dedans, teinté en blanc jaunâtre par l'infiltration purulente. De petites plaques blanchâtres d'infiltrat partent de ce point et rayonnent surtout vers la partie inférieure de la cornée ; hypopyon peu abondant (couche de 1 millimètre de hauteur, mobile). L'iris est terne,

l'ouverture pupillaire irrégulièrement dilatée par l'atropine. Injection conjonctivale assez vive. Compresses chaudes. Atropine. Deux sangsues à la tempe.

16. — Les douleurs circum-orbitaires ont à peu près disparu; l'aspect de l'œil reste le même.

17. — L'onyx a augmenté; l'ulcération primitive a envahi la plaque d'infiltration voisine, la nappe purulente descendant vers la partie déclive s'est élargie, l'hypopyon a peu augmenté. L'iris est très paresseux, terne; dépôt fibrino-plastique dans la chambre antérieure.

L'ulcération est cernée avec la pointe du thermo-cautère après cocaïnisation. Atropine. Pommade à l'ésérine. comme pansement local de l'ulcère.

18. — Les douleurs sont calmées; l'ulcération a conservé le même aspect.

19. — Nouvel attouchement avec le fer rouge.

22. — L'ulcération est en voie de réparation, mais l'hypopyon augmente; le pus est évidemment fourni par l'iris.

Ponction au fer rouge sur le limbe scléro-cornéen, à l'extrémité inférieure de l'axe vertical de la cornée ; tout le pus est évacué. Lavage au biiodure de mercure à 1/2000e. Pommade ésérine et bandeau légèrement compressif.

25. — Une petite escarre blanchâtre existe au point touché et oblitère complètement l'ouverture faite par le thermo-cautère; la chambre antérieure est reformée et ne contient pas de pus.

Cessation d'ésérine et compression. Atropine plusieurs fois par jour.

Le 3 mai, l'amélioration va croissant, depuis l'évacuation du pus ; l'ulcération est à peu près réparée.

La pupille reste irrégulière. Les douleurs ont disparu, ainsi que la vascularisation conjonctivale.

Le 6, pommade jaune pour éclaircir, le plus rapidement possible, le leucôme laissé par le feu.

Le malade sort, le 12, sur sa demande. L'opacité cornéenne diminue ; toute réaction inflammatoire est éteinte ; pupille irrégulière. Il continuera chez lui les instillations d'atropine et la pommade jaune.

OBSERVATION IV

(Fromond)

Jeu..., trente-cinq ans, palefrenier, entré à l'hôtel-Dieu, le 26 mai 1886, salle Saint-Julien, n° 4.

Le 12 mai, en s'éveillant, il ressent des picotements dans l'œil ; photophobie, accolement des paupières, larmoiement, rougeur de l'œil sans tuméfaction.

Même état pendant les deux jours qui suivent ; puis viennent s'y adjoindre des douleurs périorbitaires.

Depuis trois jours, la photophobie et les douleurs sont beaucoup plus intenses ; il existe une ulcération centrale de la cornée, des dimensions d'une lentille, taillée à pic, claire, à fond régulier, comme faite à l'emporte-pièce ; une traînée purulente descend vers le limbe scléro-cornéen et aboutit à un petit liséré d'hypopyon de un millimètre de hauteur.

Injection sclératicale et conjonctivale intense. L'iris paraît sain ; l'atropine dilate régulièrement la pupille.

L'ulcère est circonscrit au thermo-cautère très superficiellement. Bandeau compressif. Pommade ésérine (topique), collyre, atropine pour assurer la mydriase.

Le 27, amélioration surprenante ; les douleurs ont cessé ;

aucune réaction au niveau de la brûlure ; photophobie beaucoup moins vive.

Le 30, l'amélioration continue, l'ulcération se répare ; l'hypopyon se résorbe.

Le 7 juin, la perte de substance est presque entièrement comblée. Le malade sort le 25. On voit à peine la trace de la lésion. Depuis plusieurs jours déjà, il était en état de quitter l'hôpital.

OBSERVATION V

(Coursserant. — Résumée)

Ulcère serpigineux de la cornée gauche survenu spontanément chez un homme de 41 ans.

Douleurs névralgiques, photophobie, injection de l'œil ; les bords de l'ulcère sont déchiquetés, grisâtres : hypopyon. Le surlendemain du début, quatre points de feu sur l'ulcère apaisent presque immédiatement la douleur ; la photophobie a disparu, l'hypopyon se résorbe. La surface de l'ulcère s'est détergée et le fond s'en est exhaussé.

Nouvelle cautérisation (trois points de feu). Quatre jours après, troisième cautérisation ne provoquant ni réaction ni douleur. Le malade est présenté en voie de guérison.

CHAPITRE IV

ULCÈRE AIGU DE LA CORNÉE

Cette affection, qui porte également le nom de kératite ulcéreuse, sthénique, débute le plus souvent par des douleurs ciliaires intenses, accompagnées de larmoiement, de photophobie assez considérable et d'une injection périkératique très prononcée. Pendant ce temps, l'ulcère s'installe soit au centre, soit à la périphérie de la cornée, et sa présence se révèle ou bien par une perte de substance à fond grisâtre (cette teinte grisâtre se rencontre surtout vers les bords) ou bien par une infiltration du tissu cornéen au-dessous de la couche épithéliale externe qui, du reste, ne tardera pas à se détruire. Au bout d'un certain temps, l'ulcère tout entier se colore en jaune ; envahissant de proche en proche en étendue et en profondeur, il détruit dans sa marche progressive les tissus, de là une perforation de la cornée avec toute la série de ses conséquences. Cet ulcère se rencontre surtout chez les enfants chétifs ou chez les sujets très affaiblis (chez les diabétiques, par exemple).

Nous signalerons aussi un mode particulier d'ulcération cornéenne qui peut survenir dans la conjonctivite purulente. Au début de cette conjonctivite, il n'est pas rare de voir, à l'éclairage oblique, une perte de substance variable de la couche épithéliale le plus souvent au centre de la cornée. La chute de l'épithélium donne lieu à la formation d'une petite facette qui gagne en étendue et en profondeur et qui peut, comme l'ulcère aigu, amener la perforation.

Traitement. — Plusieurs moyens ont été préconisés : la pommade au précipité jaune, au calomel, etc. Mais nous pouvons maintenir ici encore que le fer rouge est, de tous les traitements, celui qui donnera les meilleurs résultats ; c'est lui, en effet, qui répondra le mieux à toutes les indications. En premier lieu, il calmera les douleurs quelquefois insupportables ; il détruira l'agent microbien ; il donnera enfin à la cornée ce stimulus qui lui manque pour réagir contre le mal qui la ronge.

Mais, concurremment au traitement local, puisque nous sommes en présence de sujets débilités, nous emploierons le traitement général en rapport avec l'état du malade. L'emploi des toniques hâtera, dans une large mesure, la guérison du mal, préviendra la récidive qui ne tarderait peut-être pas à se produire, ce genre d'ulcère étant, comme le dit le professeur Panas, l'apanage des personnes lymphatiques.

OBSERVATION VI

D. F..., 26 ans, garçon de café. Granulations. Kératite ulcéreuse.

O. G... Iritis double (juillet 1887).

A mal aux yeux depuis 2 ans, début brusque par l'œil droit ; le malade a éprouvé comme une sensation de gravier dans l'œil.

Etat actuel. — O. D..., albugo léger.

O. G..., atteint depuis une quinzaine de jours, présente une ulcération de la cornée située à la partie centrale, léger pannus du même côté, cercle périkératique accentué, conjonctivite

généralisée assez intense ; sur la paupière inférieure on trouve trois élevures blanc grisâtre, comme gélatineuses, échelonnées le long du bord marginal et un peu au-dessous de ce bord.

28 juillet. — Cautérisation ignée de l'ulcère après cocaïnisation préalable.

30. — L'ulcère diminue d'étendue.

31. — L'ulcère se comble de plus en plus.

8 août. — Nouvelle cautérisation au fer rouge.

9. — Amélioration très sensible.

18. — Le fond de l'ulcère commence à présenter un aspect poli indiquant que l'épithélium se présente.

21. — L'ulcère est presque guéri.

27. — Guérison complète de la kératite ulcéreuse OG.

OBSERVATION VII

C. L..., 26 ans, plâtrier. Septembre 1887.

Entre à l'hôpital pour conjonctivite purulente avec infiltration commençante de la cornée OD.

Pendant son séjour à l'hôpital, il se forme à l'œil droit un ulcère à la partie interne de la cornée.

Après deux cautérisations au fer rouge, le résultat obtenu est excellent.

OBSERVATION VIII

G. P..., 17 ans, ouvrier gantier. Novembre 1887.

Début, il y a deux mois, à la suite d'une impression de froid. Sensation de gravier, larmoiement, rougeur, gonflement, photophobie.

Alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Etat actuel : OD paupières tuméfiées, rouges ; conjonctive très hypérémiée, pas de granulations, cercle vasculaire périkératique, ulcère à la partie supéro-interne de la cornée ; la pupille se contracte, iris légèrement décoloré.

25 novembre. — Cautérisation au fer rouge de l'ulcère.

30. — Amélioration très notable. L'ulcère tend à se combler.

8 décembre. — Nouvelle cautérisation de l'ulcère.

25. — Guérison complète.

Traitement général : huile de foie de morue, sirop de raifort.

Ces observations ont été recueillies dans le service ophtalmologique.

OBSERVATION IX

(Martinache).

Ulcère cornéen, cupuliforme, rebelle, guéri par le cautère actuel. Septembre 1873.

Une petite fille âgée de huit ans, de constitution éminemment scrofuleuse, a été soignée pendant des mois, par les moyens

ordinaires, sans aucun résultat. Au milieu du quart supéro-externe de la cornée droite, existe un ulcère en cupule d'un millimètre et demi de diamètre et d'environ un demi-millimètre de profondeur, parfaitement disposé pour y loger une tête d'épingle et accompagné de photophobie, de larmoiement et de blépharospasme, poussés au plus haut degré. Le reste de la cornée est en bon état. Pendant trois semaines, j'ai employé ceux des moyens ordinaires qui m'ont paru indiqués, localement et généralement, sans obtenir la moindre diminution dans la gravité des symptômes.

24. — Une pointe de feu à la partie inférieure de l'ulcère.

25. — Au point touché, le bord de l'ulcère est abattu ; l'ulcère est un peu moins profond. Nouvelle application du feu un peu plus bas que l'ulcère avec un stylet peu chaud, parce que la turbulence de l'enfant s'est opposée à la régularité de la manœuvre.

26. — L'ulcère est le même qu'hier et l'épithélium est un peu inégal au-dessus de l'ulcère.

27. — L'ulcère est moins profond d'un tiers : la photophobie, le larmoiement et le blépharospasme ont diminué.

1er octobre. — La cavité de l'ulcère est recouverte d'épithélium. La profondeur en est moindre de moitié. Les signes d'irritation continuent à diminuer. Deux points de feu sont appliqués pour tâcher de combler davantage la cavité de l'ulcère.

10. — L'enfant est parfaitement guérie ; il reste une petite facette légèrement déprimée à la place de l'ulcère et sans opacité appréciable.

OBSERVATION X

(Martinache).

Ulcère consécutif à une vésico-pustule, traité pendant un an sans résultats, par la méthode ordinaire, et guéri en huit jours par deux applications du cautère actuel. 8 avril 1875.

Une petite fille de cinq ans présente, à la partie supéro-externe de la cornée gauche, un ulcère arrondi de plus d'un millimètre de diamètre, et reposant au centre d'une infiltration blanchâtre épaisse, mesurant à peu près un millimètre de large tout autour de l'ulcère. Cette infiltration fait saillie à la surface de la cornée, ce qui donne à l'ulcère la forme d'une cavité arrondie. Les symptômes ordinaires ne font pas défaut : il y a surtout un blépharospasme remarquable par l'expression grimaçante qu'il donne à la figure de l'enfant, qui a pris l'habitude de fermer l'œil constamment. L'enfant est en traitement depuis dix mois.

27 avril. — Le sujet est endormi à l'aide du chloroforme ; un point de feu est appliqué sur l'ulcère.

28 — La petite fille va mieux.

29 — L'amélioration continue.

1er mai. — Nouveau point de feu avec chloroformisation.

4. — L'ulcère est guéri. Graduellement l'infiltration blanchâtre disparaissait, au point de ne laisser au bout d'un mois qu'une tache difficile à voir, même pour ceux qui savaient qu'elle était là. Cette petite fille n'a pas souffert depuis.

OBSERVATION XI

(Martinache)

Ulcère cornéen. Une application du cautère actuel. Guérison. 1^er^ septembre 1873.

Un jeune homme de 20 ans se présente avec un ulcère de la cornée gauche. L'ulcère mesure à peine un millimètre de large sur à peu près trois de long, dans la direction du rayon vertical supérieur de la cornée, dont il atteint le centre ; cet ulcère est très superficiel et sinueux. Symptômes subjectifs habituels.

Du 1^er^ au 14 septembre, traitement ordinaire, sans changement ni en bien, ni en mal.

14 septembre au matin. — Le malade a éprouvé des douleurs qui l'ont empêché de dormir et qui persistent encore ; l'ulcère a gagné en largeur et en profondeur. Un point de feu léger et rapide vers la partie inférieure de l'ulcère. Aussitôt la douleur s'arrête, et le malade sort content.

15. — Aucune douleur depuis hier ; l'ulcère est moins profond.

18. — L'épithélium est presque entièrement reformé sur la surface de l'ulcère ; sur les bords, quelques petites lamelles épithéliales sont soulevées et prêtes à tomber.

22. — Le fond de l'ulcère est à niveau ; l'épithélium est reformé ; les symptômes subjectifs ont disparu.

11 octobre. — Le malade n'est pas revenu plus tôt parce qu'il n'avait pas besoin de mes soins. L'ulcère est parfaitement guéri ; à la lumière du jour la cornée paraît normale ; ce n'est qu'à l'éclairage latéral que je puis découvrir, près du centre

de la cornée, un petit cercle semi-transparent d'un peu plus d'un millimètre de diamètre. La vision est un peu affaiblie par la position de cette tache.

Je pourrais certainement ajouter encore un grand nombre d'observations d'ulcères aigus de la cornée traités par le cautère actuel ; mais, toutes présentant à peu près les mêmes caractères que celles qui précèdent, je crois que le nombre est assez suffisant pour démontrer et l'efficacité et la promptitude de la méthode ignée.

CHAPITRE V

INFILTRATION SEPTIQUE DES PLAIES OPÉRATOIRES DE LA CORNÉE APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

Après une opération de cataracte, on a pu constater une inflammation septique des lèvres de la plaie. Grâce à l'emploi des moyens antiseptiques qui sont devenus journaliers dans la pratique de la chirurgie oculaire, les accidents de suppuration consécutifs à l'opération de la cataracte deviennent de plus en plus rares. Ainsi, si l'on a soin d'envelopper, comme le fait le Dr Ch. Abadie, le malade d'une atmosphère phéniquée avec une solution forte (5 °/₀), qui, mélangée au moment de sa projection à la vapeur d'eau, ne renferme plus que 2,50 °/₀ environ d'acide phénique ; si, en outre, avant de commencer l'opération, on prend la précaution de nettoyer d'une manière complète les culs-de-sac conjonctivaux avec un pulvérisateur à main projetant un jet d'une solution saturée d'acide borique ; si le sac lacrymal est vidé de façon à expulser toutes les mucosités qu'il pourrait contenir ; si tous les instruments sont plongés dans une solution d'acide borique, d'où un aide les sort suivant les besoins de l'opérateur ; si, l'opération terminée, on pratique un lavage avec acide borique de toute l'étendue des lèvres de la plaie ; si, comme pansement, l'on emploie des rondelles de lint boraté, l'on aura les plus grandes chances de voir les suites de l'opération n'entraîner du côté de la cornée aucune complication. Cependant, malgré tous ces

soins minutieux, il peut arriver que des irido-choroïdites suppuratives, que des phlegmons de l'œil, surviennent après l'incision cornéenne. Quelle sera, dans ces cas, la conduite à tenir ?

Ne sera-ce pas encore au fer rouge que nous devrons nous adresser ?

Oui, car, encore ici, ce sont les microbes qu'il faut détruire par ce remède si énergique et cependant admirablement supporté par la cornée. Mais, avant de prouver que le feu donnera dans ces cas des résultats inattendus, permettant de sauver des yeux qui jadis eussent été voués à une perte certaine, je dois dire un mot sur la manière dont les phénomènes inflammatoires consécutifs à l'incision cornéenne débutent et ensuite évoluent.

Tantôt ceux-ci éclatent au bout de 24 heures par des douleurs violentes. Si alors on enlève le pansement, ce qui doit être fait dans tous les cas où le malade se plaint, on le trouve maculé par du muco-pus ; la cornée a perdu son éclat, l'humeur aqueuse est trouble, l'iris est terne, les paupières sont toujours un peu gonflées. Si à l'aide de l'éclairage oblique on examine la plaie cornéenne, on remarque qu'elle est légèrement grisâtre, avec des filaments purulents qui se reproduisent au fur et à mesure qu'on les enlève. Cette complication, survenant quelques heures après l'opération, est une des plus redoutables ; car si l'on n'intervient pas d'une façon énergique et prompte l'on est exposé à voir apparaître une suppuration totale de l'œil.

Dans d'autres cas, ces mêmes complications de même nature, mais moins graves cependant, surviennent vers le deuxième ou le troisième jour. Enfin il peut arriver que tout marche à souhait et que, au moment où l'on était autorisé à penser que tout accident était conjuré, c'est-à-dire vers le sixième ou septième jour, la cornée devienne un peu terne et

que l'on soit en présence d'une irido-choroïdite commençante. M. le professeur Verneuil fait jouer un grand rôle à la constitution des sujets, à la diathèse. Nous ne chercherons pas à combattre nous-même cet éminent maître ; notre rôle modeste se bornera à citer M. le Dr Abadie qui, voulant prouver que ces complications secondaires sont dues, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, à l'inoculation de substances septiques dans la plaie cornéenne, s'exprime ainsi :

« Sans vouloir contester d'une façon absolue l'influence qu'un état général mauvais peut exercer sur la cicatrisation des plaies, surtout quand il s'agit de grands traumatismes ou de grandes opérations, je reste néanmoins convaincu qu'il y a moins de danger, par exemple, à ouvrir l'articulation du genou chez un malade atteint de n'importe quelle diathèse, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, qu'à faire la même opération chez un individu sain en se contentant des anciens pansements.

» La chirurgie oculaire nous fournit à chaque instant les preuves de ce que j'avance et nous montre que c'est dans l'état de la plaie et non dans la constitution du sujet qu'il faut chercher la cause de nos insuccès. A qui de nous n'est-il pas arrivé, en effet, d'obtenir, chez des personnes atteintes de deux cataractes, un succès éclatant sur un œil et de voir l'autre, à la suite de la même opération exécutée en apparence dans les mêmes conditions, suppurer et se perdre ? Est-il possible, dans des cas pareils, d'invoquer l'influence d'une diathèse ? Evidemment non. Elle eût fait sentir son action également sur les deux yeux. Par contre, qui ne sait, depuis de longues années, que les causes les plus fréquentes d'insuccès après l'extraction de la cataracte sont le catarrhe du sac lacrymal ou de la conjonctive ?

» Dans ces cas les éléments de contage qui viennent infecter

la plaie sont palpables, évidents. D'autres fois ils sont invisibles, leur origine est plus obscure ; mais ils n'en existent pas moins, et sont la cause de tout le mal. »

Suivent quatre observations d'opérations de cataracte faites dans les meilleures conditions et compliquées d'un phlegmon du globe oculaire (octobre 1880), alors que, depuis le 5 avril de la même année jusqu'à ce mois d'octobre, les opérés avaient guéri dans la proportion habituelle. Le docteur Ch. Abadie, après des recherches minutieuses, finit par découvrir que « les premières humidités de l'hiver se faisant sentir sur les murs encore un peu neufs du local où il pratiquait les opérations, des moisissures sous forme de poussière pulvérulente blanchâtre, et par cela même dificiles à apercevoir, s'étaient déposées un peu partout sur les plafonds et dans les placards où l'on mettait les bandes, la ouate, les linges, etc. »

« Pour moi, ajoute-t-il, plus de doute possible : c'étaient bien ces germes, ces spores, qui avaient dû infecter les pièces de pansement et provoquer ces suppurations si graves.

» Immédiatement la maison fut lessivée, séchée et repeinte du haut en bas. Je restai trois mois sans faire d'opération. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans, sur un total d'environ 300 opérations de cataracte, je n'ai plus eu un seul phlegmon de l'œil. »

D'un autre côté, dans le compte rendu de la nouvelle clinique de Kœnisberg, le professeur Jacobson avoue que les résultats des premières opérations faites dans un local neuf furent déplorables.

Nous-même avons à citer un cas très intéressant (observation XIII), qui prouve bien l'influence microbienne dans les complications qui surviennent après l'opération de la cataracte et la rapidité avec laquelle ces complications sont enrayées, si l'on se sert du fer rouge. Certes, loin de nous la pensée de ne voir que le feu pour combattre l'inflammation cornéenne, et

sans enlever aux antiseptiques et à l'acide borique, en particulier, leurs propriétés et leur action bienfaisante, nous dirons que la cautérisation ignée doit toujours se présenter à la pensée de l'opérateur, pour continuer et compléter l'œuvre commencée par les préparations antiparasitaires.

OBSERVATION XII

B. C..., 70 ans, entre à l'hôpital le 19 novembre 1887, pour cataracte molle, complète, à l'œil droit.

28. — Opération sans iridectomie. Préalablement un grand bain, lavage oculaire *intus et extra*. Cocaïne.

30. — La malade accuse des douleurs survenant d'une façon irrégulière et intermittente.

1er décembre. — Les douleurs ont augmenté. Premier pansement. Pas d'œdème des paupières, chémosis, infiltration des lèvres de la plaie. Lavage antiseptique.

2. — Les douleurs ont été moins vives pendant la journée d'hier; cependant, de temps en temps, l'opérée ressent comme des coups d'épingle. Cautérisation au fer rouge (10 heures du matin).

3. — A souffert jusqu'à 4 heures de l'après-midi ; depuis lors, cessation complète des douleurs. Deuxième pansement. Comme il n'y a pas d'œdème des paupières, l'on n'ouvre pas l'œil.

4. — Nouvelle réapparition des douleurs. Troisième pansement. La plaie cornéenne est infiltrée. Esérine.

5. — Souffrance moins grande. L'infiltration de la cornée ne s'est pas étendue. Nouvelle cautérisation au galvano-cautère des lèvres de la plaie cornéenne.

Depuis ce jour, les douleurs ont constamment diminué et la malade peut être mise exeat le 25 décembre.

OBSERVATION XIII

E. J..., 75 ans, cultivateur, entre à la clinique pour cataracte complète (O G.), cataracte commençante (O. D.)

Pas d'antécédents héréditaires généraux ni oculaires. Quant au malade, il a une bonne santé, et son passé pathologique se réduit à une simple sciatique qui se manifesta il y a une dizaine d'années.

Maladie actuelle. — Début, il y a neuf ans, par l'œil gauche ; diminution progressive de la vue. Le malade voyait beaucoup mieux au crépuscule qu'en plein jour, et depuis environ trois ans il ne possède de ce côté que la vision quantitative. Il y a deux ans, l'œil droit fut atteint à son tour et la vue diminua progressivement, cette diminution étant plus accusée en plein jour qu'à une faible lumière.

Etat actuel. — OG. La paupière supérieure est saine, la paupière inférieure est un peu pauvre en cils. Rien du côté des points lacrymaux. La conjonctive est normale ; la cornée présente un arc sénile plus accusé à la partie supérieure. La chambre antérieure n'est pas modifiée dans son volume. L'iris est normal ; la pupille est régulière et contractile. Dans l'ouverture pupillaire, il est possible de voir un cristallin d'aspect grisâtre, complètement opacifié.

VOG = Q. Tn = Tn + 1/2

OD. Même état.

Les urines ne présentent ni sucre ni albumine.

1er février. — Un grand bain. Lavage oculaire et nasal. Extraction de la cataracte de l'œil gauche.

2. — Pas de douleur.

3. — Rien à signaler.

4. — Premier pansement. Léger œdème des paupières. La chambre antérieure n'est pas reformée. Instillation d'atropine et cocaïne.

6. — Chambre antérieure complétement reformée. Instillation de Duboisine, pupille dilatée régulièrement. Le malade compte les doigts.

10. — Infiltration des lèvres de la plaie cornéenne, œdème des paupières. La veille, le malade avait défait son pansement et était allé fumer sa pipe dans les lieux.

11. — Cautérisation ignée.

13. — Nouvelle cautérisation ignée.

29. — L'infiltration purulente de la cornée s'est arrêtée. La cornée est opacifiée à peu près dans toute son étendue, sauf en bas et dehors.

21 mars. — L'on peut pratiquer une iridectomie en bas et en dehors.

17 avril. — Le malade quitte l'hôpital, sans avoir obtenu un résultat complet de son opération de cataracte et d'iridectomie.

Ces deux observations ont été prises à la clinique ophthalmologique de M. le Dr Truc.

Réflexions. — Cette dernière observation mérite d'être prise en considération, car elle vient à l'appui de ce que nous nous

sommes efforcé de démontrer dans notre thèse: 1° que dans les maladies oculaires dont nous avons parlé l'influence microbienne est celle qui doit être le plus prise en considération ; 2° que le fer rouge est un merveilleux antiseptique.

En effet, l'opération faite le 1er février donne jusqu'au 10 l'espoir d'un résultat excellent (le 6, E. J... compte les doigts ; la cornée ne présente rien à signaler) ; le 10, le malade commet une imprudence très grave en défaisant son pansement et en exposant son œil à une atmosphère chargée de principes septiques : aussitôt apparaît une infiltration purulente des lèvres de la plaie cornéenne, infiltration dont la marche semblait vouloir être rapide et qui se trouve complètement arrêtée par deux applications de fer rouge, puisque, le 21 mars, on peut pratiquer une iridectomie.

OBSERVATION XIV

(Thèse du Dr Maufrais)

M. Louis R..., âgé de 78 ans, subit, le 19 septembre 1884, l'opération de la cataracte.

Au bout de 48 heures on lève le pansement. Les bords de la plaie présentent une infiltration puriforme. Cautérisation au galvano-cautère 10 jours de suite. La guérison s'opère au bout de 15 jours avec une opacification de 3 à 4 millimètres de largeur au pourtour de la plaie.

OBSERVATION XV

(Thèse du Dr Lavallée)

Mme Renault, âgée de 63 ans, se présente à la clinique de M. le docteur Abadie, le 25 août 1881. Elle est atteinte d'une double cataracte.

Elle paraît jouir d'une bonne santé ; toutefois elle porte, à un centimètre au-dessous du rebord orbitaire du côté droit, un petit cancroïde dont la surface ulcérée offre un aspect sanieux.

Le jour de son arrivée, elle a été opérée de l'œil gauche. Dix jours après, on l'opère de l'œil droit sans la moindre difficulté. On fait le pansement avec une solution boratée et on applique le bandeau compressif.

Le lendemain, 26 août, la malade se plaint de douleurs violentes de l'œil droit. On constate un commencement de kérato-conjonctivite. Le globe oculaire est gonflé. La plaie cornéenne suppure et se confond, en une teinte jaunâtre, avec le reste de la cornée qui est déjà ramollie. Il n'existe pas de limite nette entre la partie malade et la partie saine. M. Abadie prescrit : l'application de cataplasmes de fécule, de compresses trempées dans une solution boratée, des instillations d'ésérine et des pulvérisations avec une solution saturée d'acide borique tous les quarts d'heure.

27 août. — Les symptômes de la veille sont plus prononcés. De la plaie cornéenne part une ulcération recouverte de pus ; la cornée menace de se perforer ; même traitement.

30. — Tout n'a fait qu'empirer ; M. Abadie constate un commencement d'irido-cyclite ; les douleurs sont intolérables ; imminence d'un phlegmon de l'œil.

Devant l'impuissance du traitement institué d'abord, M. Abadie se décide à employer la cautérisation ignée. Il applique assez profondément quatre points de feu.

31. — Une amélioration surprenante s'est produite. Le changement des parties malades a été radical. L'ulcère semble ratatiné, séché, et forme comme un magma complétement indépendant. La cornée reprend son éclat. La suppuration a cessé ; les douleurs sont supprimées. Enfin le processus pathologique est enrayé et il semble avoir déjà rétrocédé. On fait un pansement boraté.

5 septembre. — Nouvelle cautérisation ignée.

23. — La malade quitte Paris. La guérison est à peu près complète. La perte de substance se répare rapidement. La moitié de la cornée est transparente et on pourra, avec fruit, faire une iridectomie.

Nous avons pensé que cette observation devait figurer au complet dans notre travail, car elle montre une fois de plus, et d'une façon indiscutable, que les progrès rapides du mal sont dus à la septicémie et que l'emploi du fer rouge a triomphé là où auraient échoué tous les autres moyens thérapeutiques.

CHAPITRE VI

DU FER ROUGE EMPLOYÉ CONTRE LES HERNIES SIMPLES DE L'IRIS

Après une opération de cataracte, d'iritomie, d'iridectomie, après un traumatisme intéressant la cornée, il peut se produire un enclavement de l'iris au bout d'un temps plus ou moins long. Cette hernie de l'iris peut occasionner de fâcheux accidents, soit qu'elle reste dans le *statu quo*, soit qu'elle augmente. Le procédé ordinairement mis en usage était l'excision de ce point herniaire avec les ciseaux. Il arrivait souvent que ces hernies iriennes se reproduisaient. Aussi, en juillet 1880, M. Abadie substitua-t-il au procédé généralement employé le galvano-cautère et n'eut-il qu'à se féliciter de ce nouveau mode de traitement.

Les résultats, du reste, ne pouvaient être qu'excellents, puisque le feu enlevait la portion herniée de l'iris sans tirailler celui-ci, et puisque, en outre, il activait la cicatrisation de la plaie cornéenne.

La cautérisation ignée que nous avons vue nous-même employée par M. le professeur-agrégé Truc a répondu entièrement à la confiance qu'on avait mise en elle.

OBSERVATION XVI

(Clinique ophtalmologique de Montpellier)

M. A..., 16 ans, entre à l'hôpital le 4 novembre 1887. A son arrivée on constate à l'œil gauche un cercle périkératique très léger ; la cornée présente, du côté interne et dans le segment supérieur, une plaie linéaire, horizontale, n'allant pas jusqu'à la partie centrale. Une partie de l'iris fait hernie entre les lèvres de cette plaie. De plus, il y a une opacification à peu près totale du cristallin (cataracte liquide). Le malade distingue la lumière. Il y a de la photophobie, du larmoiement et quelques douleurs périorbitaires.

Opération pratiquée le 5 novembre. — La portion de l'iris enclavée entre les lèvres de la plaie a subi la dégénérescence et se laisse facilement déchirer par la pince. Cependant on arrive à l'exciser au ras de la cornée, dont on agrandit avec le ciseau la plaie en haut et en bas. Pendant ces manœuvres, une certaine portion liquide de la cataracte s'est écoulée au dehors. Par la large ouverture cornéenne on introduit un kystitome ; on pratique la discision et l'on fait sortir le cristallin. Malgré tous les soins apportés à ce temps de l'opération, il reste encore quelques masses corticales qui sont abandonnées à la résorption.

Esérine et pansement légèrement compressif.

6 novembre. — Le malade n'a pas souffert, pas de tuméfaction, pas de rougeur des paupières. L'œil n'est pas ouvert. Nouveau pansement compressif.

7. — Pas de douleurs. Petite hernie de l'iris.

9. — La chambre antérieure est reformée, les débris cristal-

liniens ne sont pas encore résorbés. Persistance de la hernie irienne. Cautérisation ignée énergique au niveau de la hernie.

10. — Pas de douleurs. Pas de gonflement des paupières. Changement du pansement sans toucher à l'œil.

21. — Pansement complet. Bon état. Un peu de larmoiement.

22. — Chambre complètement reformée. Pupille ovoïde, horizontale, à grosse extrémité externe. Les masses cristalliniennes sont à peu près totalement résorbées. Encore un léger larmoiement. Un peu de photophobie.

25. — L'iris a complètement abandonné la cornée.

6 décembre. — Le malade est mis exeat. VOG = 1/15.

OBSERVATION XVII

(Dr Lavallée)

Mme Laugier, concierge, demeurant rue du Pont-Saint-Louis, se présente, au mois de mai 1881, à la clinique du Dr Carré. Elle est atteinte de glaucome de l'œil gauche. M. Carré pratique une iridectomie.

Le lendemain de cette opération, on voit à l'angle interne de la plaie une tumeur noire plus petite qu'une tête d'épingle ; c'est une hernie de l'iris. Elle n'est point saisissable. M. Carré la cautérise avec la pointe d'un crochet à strabisme rougie à la lampe.

J'ai revu la malade au mois de novembre. La hernie ne s'était point reproduite ; on distinguait à peine le point qui avait été touché.

CHAPITRE VII

DU PTÉRYGION

Voici une affection spéciale dont la présence dans cette étude peut paraître déplacée, mais qui s'y rattache par bien des points, ainsi que nous allons nous efforcer de le démontrer. L'anatomie pathologique de cette maladie nous donne, je crois, le droit de déclarer d'ores et déjà qu'elle est susceptible de l'emploi du fer rouge.

On donne le nom de *ptérygion,* onglet celluleux, à un épaississement partiel de la conjonctive, en forme de triangle, dont la base correspond à la circonférence du globe de l'œil et dont le sommet est dirigé vers la cornée, sur laquelle il peut empiéter plus ou moins. Suivant son épaisseur, on le désignait naguère sous les qualificatifs de *tenuis,* membraneux, charnu ou sarcomateux, *pinguis* ou graisseux. Aujourd'hui on a adopté deux grandes divisions et il est appelé : charnu ou sarcomateux lorsqu'il est le siège d'une inflammation et paraît injecté et gonflé ; ténu ou membraneux lorsqu'il est, ce qui existe ordinairement, pâle, mince et semi-transparent.

Il est habituellement solitaire ; toutefois on peut, dans des cas rares, rencontrer un ptérygion double ; alors l'un est externe, l'autre interne. Beer en a vu trois sur le même œil, Velpeau cinq. Sa place favorite est la partie interne du globe oculaire, et cela tient à deux causes : 1° à ce que en cet endroit la vascularisation est plus grande ; 2° à ce que les plis de la

conjonctive, étant en ce point plus nombreux, retiennent davantage les poussières. A ce sujet, je dirai que les causes mécaniques jouent un rôle considérable dans la production de l'onglet celluleux. En effet, ce sont surtout les gens exposés par leur profession à l'action des poussières irritantes, tels que les tailleurs de pierre, les tailleurs de meule, etc., qui sont le plus souvent atteints de cette affection oculaire.

On le rencontre plus fréquemment dans les pays chauds que dans les climats tempérés ; enfin, il est plus ordinaire de le trouver chez les adultes que chez les personnes âgées.

Au point de vue du pronostic, le ptérygion par lui-même n'est pas une affection bien dangereuse. Tant qu'il n'a pas envahi le champ pupillaire, il constitue une simple infirmité ; envahit-il la cornée, il devient gênant, surtout lorsqu'il est enflammé et épais. Le malade a la sensation d'un corps étranger. Lorsque l'onglet celluleux occupe une large étendue de la conjonctive, il peut amener une gêne considérable dans les mouvements de l'œil. En outre, et c'est ce point qu'il est important pour nous de bien retenir, il récidive avec la plus grande facilité.

Or à quoi attribuer ces récidives si fréquentes ? A la constitution elle-même du ptérygion.

Le Dr Poncet (de Cluny), expliquant la cause principale de la marche continuelle ou périodiquement progressive de la pointe du ptérygion, s'exprime en ces termes : « Au niveau du ptérygion, l'épithélium cornéen se renfle et forme un revêtement solide, se continuant d'une part sur le repli muqueux, se prolongeant de l'autre sous le ptérygion avec la membrane de Bowman. A l'extrémité de cette dernière membrane, qui ne s'avance jamais aussi loin que celle de Descemet, le microscope démontre la présence d'un foyer de vibrions logés entre la cornée et la conjonctive, dissolvant les faisceaux de ces deux membranes, effectuant, en un mot, un véritable travail sous-muqueux. C'est la cause principale de la progression silencieuse de la pointe du ptérygion. »

Cette théorie, à laquelle nous nous rattachons complètement, nous montre en effet les avantages que nous retirerons de l'application du feu après l'opération du ptérygion. Et si les observations que nous publions plus loin ne sont pas encore tout à fait concluantes, puisque l'application du fer rouge dans l'opération de l'onglet est de date récente, il n'en est pas moins établi que ces mêmes observations nous autorisent à avoir dans le feu une confiance que l'avenir justifiera certainement.

TRAITEMENTS DIVERS

Avant les théories parasitaires du Dr Poncet (de Cluny), différents traitements avaient été mis en œuvre pour faire disparaître le ptérygion. On peut les diviser en moyens médicaux et moyens chirurgicaux.

Les premiers ont presque toujours été employés sans résultat. Cautérisation avec sulfate de cuivre, nitrate d'argent, laudanum. M. Décondé a publié plusieurs succès obtenus en appliquant à diverses reprises, sur toute l'étendue du ptérygion, une couche d'acétate de plomb en poudre fine ; il l'y laisse séjourner pendant quelques secondes, puis enlève le sel avec un pinceau imbibé d'eau.

Malgré ces succès inespérés, l'on peut dire qu'en général l'on ne peut débarrasser l'œil d'un ptérygion que par une intervention chirurgicale.

Les différents procédés sont :

1° L'ablation qui, comme son nom l'indique, consiste à enlever le ptérygion ;

2° La ligature. Un fil muni d'une aiguille à chacune de ses extrémités est introduit sous le ptérygion ainsi qu'il suit : L'opérateur, après avoir soulevé l'onglet à l'aide d'une paire de

pinces, passe une des deux aiguilles au-dessous de celui-ci, près du bord cornéen et de haut en bas. La seconde aiguille est passée de la même manière, mais près de la base. Cela fait, on coupe le fil en arrière des aiguilles et l'on obtient ainsi trois anses : l'interne qui embrassera dans son nœud le sommet du ptérygion, l'externe la base, la moyenne qui détachera la portion médiane du produit pathologique de son point d'attache avec la conjonctive.

Ces deux procédés n'ont jamais donné de résultats satisfaisants ; ils ne mettent pas à l'abri de la récidive et exposent à des accidents graves.

Le procédé le plus rationnel serait assurément celui de Desmarres, s'il prévenait d'une façon sûre toute récidive. Il consiste à transplanter le ptérygion, après l'avoir détaché de son sommet vers sa base, au fond d'une incision de 6 à 8 millimètres de longueur pratiquée sur la conjonctive, parallèlement à la circonférence de la cornée. Les bords de cette incision s'écartant forment une plaie triangulaire dans laquelle on fixe le ptérygion à l'aide de points de suture. Les lèvres de la plaie conjonctivale qui correspondaient au siège primitif du ptérygion sont également rapprochées par des fils à ligature.

Lorsque le ptérygion est très large on peut, suivant en cela la méthode de Knapp, le diviser en deux portions par une section dans toute sa longueur, porter une moitié en haut et l'autre en bas et agir comme nous l'avons indiqué dans l'opération de Desmarres.

Ce procédé, basé sur cette opinion, que, envers et contre tout, le ptérygion continuera sa marche en avant, est digne d'être pris en considération et c'est à lui auquel nous donnerons volontiers la préférence. Mais serons-nous assuré d'être à l'abri d'une récidive ? Non, car nous n'aurons pas agi sur la cause principale. Nous avons porté le ptérygion sur un terrain où il pourra se développer à son aise ; nous avons mis ou nous

avons cru mettre la cornée à l'abri du mal envahisseur ; mais nous ne nous sommes pas jusqu'ici préoccupé de détruire d'une façon définitive ces parasites qui n'attendent que le moment de se montrer à nouveau.

N'est-ce donc pas encore au fer rouge que nous devrons avoir recours, et ne pouvons-nous pas dire que l'opération de Desmarres doit être complétée par l'application du feu à l'endroit où les vibrions se sont fait un nid, c'est-à-dire entre la cornée et la conjonctive?

On pourra nous objecter que le parasiticisme signalé par le docteur Poncet peut être un fait isolé et que des recherches microscopiques doivent encore être entreprises pour acquérir la certitude que tous les ptérygions sont habités par des microbes. Devrons-nous pour cela rejeter le fer rouge? Non, car, nous l'avons déjà dit, la cautérisation qui, pour nous, est « le plus réel des sédatifs, le plus rapide des antiphlogistiques, le plus sûr des caustiques, le plus doux des topiques » (1), combattra efficacement, alors même que le micrococcus n'existerait pas, tous les accidents qui pourraient survenir par le fait de la vaste plaie de la cornée, résultant de l'opération chirurgicale du ptérygion.

Il nous reste maintenant à montrer par des observations que notre espoir dans le fer rouge repose sur des faits. Nous lisons en effet dans les *Annales d'oculistique,* 1881, page 146, sous la signature de Georges Martin (de Bordeaux) le passage suivant que nous croyons devoir reproduire en entier :

« Le premier malade auquel nous appliquâmes le cautère actuel avait été opéré par nous aux deux yeux, trois ans auparavant, par le procédé de Coccius (procédé dans lequel la réunion très exacte de la conjonctive est précédée de l'ablation du

---

(1) Georges Martin (de Bordeaux), *Annales d'oculistique.*

ptérygion au moyen de deux sections convergentes) et nous avions pris soin de toucher la cornée avec la pointe d'un crayon au nitrate d'argent. Malgré cette précaution, l'onglet réapparut sur l'un et l'autre œil. Nous avions eu affaire, dans ce cas, à la variété que les anciens auraient appelée ptérygion crassum. Le malade était un cantonnier exposé constamment à la poussière qu'il était chargé de ramasser sur les routes. La double opération du ptérygion faite, il avait repris ses occupations habituelles. Cette exposition à l'action irritante des molécules sablonneuses, au milieu desquelles il vécut de nouveau, avait-elle été la cause de la récidive, ou faut-il penser que la plaie cornéenne n'avait pas été privée par l'opération de ses propriétés attractives ? Quoi qu'il en soit, dans le mois de septembre 1878, nous cautérisâmes toute la portion cornéenne des nouveaux ptérygions au moyen du crochet à strabisme rougi à la lampe à alcool. Nous ne dirigeâmes aucun traitement particulier sur le corps, du reste peu développé, des ptérygions. La réaction de cette petite opération fut presque insignifiante et facilement calmée par quelques compresses d'eau froide. Les résultats que nous avions cherchés furent obtenus. Un an après, nous avons pu nous convaincre que la cornée était libre de tout empiètement conjonctival et que la portion sclératicale du tpérygion s'était atrophiée presque entièrement.

Notre seconde opération de cautérisation ignée fut également faite sur un de nos malades, cultivateur, dont l'un des yeux était menacé d'une rechute, 18 mois après l'ablation d'un ptérygion membraneux (procédé de Coccius suivi d'une cautérisation au nitrate d'argent). Nous lui appliquâmes (janvier 1879), avec un plein succès, le cautère actuel sur la portion de la cornée que gagnait une vascularisation partant de la conjonctive. Le malade ne voulut pas croire que nous nous

fussions servi du fer rouge pour détruire son mal, tant la douleur avait été insignifiante.

» Les trois autres yeux atteints de ptérygion, dont nous avons à parler, n'avaient jamais subi l'opération. Ils furent cautérisés le jour de l'ablation (un cas) ou le surlendemain (deux cas). Le sommet de ces onglets atteignait le tiers interne du diamètre de la cornée. Le premier de ces malades eut son œil opéré par le procédé de Coccius ; pour le second (deux yeux), nous eûmes recours au procédé de refoulement ; les trois cautérisations furent faites au moyen du galvano-cautère. Elles datent de plus d'une année (décembre 1879 et février 1880) et tout fait prévoir pour chacune d'elles une guérison définitive.

» Nous avons appliqué le fer rouge sur deux autres malades atteints de ptérygion ; mais ces opérations sont trop récentes pour qu'il nous soit possible de nous en servir pour établir la valeur de la cautérisation actuelle contre la récidive du ptérygion. Qu'il nous soit permis de dire que, jointes aux faits précédents, elles témoignent, comme les cautérisations dans les cas d'ulcères cornéens, de la parfaite innocuité de ce moyen thérapeutique. »

Les observations qui suivent, et qui ont été recueillies à la clinique ophtalmologique, sont également de date récente. Elles ne nous permettent donc pas de tirer des conclusions définitives ; mais elles nous autorisent, tout au moins, à mettre nos plus grandes espérances dans la cautérisation ignée, comme complément de l'opération du ptérygion.

OBSERVATION XVIII

R. M..., 49 ans, ménagère, se présente à la visite, le 25 octobre 1887.

Il y a trois ans, une petite plaque rouge a apparu dans l'angle interne de l'œil gauche, sur la conjonctive. Peu à peu cette plaque s'est étendue et a atteint la cornée jusqu'à sa partie médiane. Cette malade a été opérée une première fois, il y a 17 mois environ ; 5 mois après l'ablation, la tumeur commence à se reproduire et s'avance un peu plus du côté de la partie centrale de la cornée. Il y a eu, depuis le début de la maladie, de la céphalalgie intense, devenue plus vive depuis une quinzaine de jours. Cette céphalalgie siège surtout dans les régions périorbitaires et au niveau du globe. Actuellement les douleurs ont beaucoup diminué d'intensité.

État actuel. — Les paupières sont normales. Dans l'angle interne, au dehors de la caroncule, on trouve une tumeur exactement appliquée sur la conjonctive bulbaire, d'une longueur de 1 centimètre sur 7 à 8 millimètres de haut et de 2 à 3 millimètres d'épaisseur à la partie la plus saillante. Elle empiète sur la moitié interne de la cornée et arrive jusqu'au niveau de la pupille, dont elle recouvre la moitié supéro-interne, ce qui gêne considérablement la vision directe. Cette tumeur est rosée, humide, charnue, avec un aspect papillomateux très accentué. La conjonctive palpébrale et bulbaire, dans le voisinage de l'excroissance, est fortement vascularisée. Les mouvements de la paupière sont quelque peu douloureux.

28 octobre. — Opération. Par suite de la friabilité de la tumeur, on est obligé de s'en tenir à un simple râclage.

Cautérisation au fer rouge de toute la partie occupée antérieurement par le ptérygion.

29. — La malade n'a pas souffert.

30. — Pansement occlusif. Pas de réaction.

1er novembre. — La cornée s'est éclaircie considérablement.

2. — Nouvelle cautérisation au galvano-cautère sur les points d'implantation cornéenne et conjonctivale du ptérygion.

3. — Pas la moindre douleur.

4. — La cornée est très éclaircie. Pas de réaction.

7. — Cornée très claire.

11. — La malade sort.

Le 6 décembre, la malade revient à la consultation, et l'on peut constater que le ptérygion a complètement disparu, que la cornée est tout à fait transparente et que la guérison semble définitive.

OBSERVATION XIX

R. D.,., 64 ans, cultivateur, se présente à la consultation pour ptérygion double (9 février 1888).

Cet homme, en émondant des oliviers, a été piqué au niveau de la sclérotique (OD) par une feuille. De la rougeur et du larmoiement s'ensuivirent, qui ne durèrent pas longtemps. Il s'est aperçu que sa vue baissait depuis quatre ans environ, et il y a deux ans que l'affaiblissement est tel, qu'il lui est presque impossible de se livrer a aucun travail.

VOG = 2/50e

VOD = Q à la partie interne du champ visuel, 1/50e à la partie externe.

On constate que l'œil droit est porteur d'un ptérygion membraneux partant de l'angle interne de l'œil et pénétrant

comme un coin dans la cornée. On n'aperçoit la pupille qu'à la partie supéro-externe du globe oculaire.

L'œil gauche est également atteint ; mais le ptérygion n'a envahi que la partie la plus interne de la pupille.

15 février. — On pratique l'opération. Des deux côtés, le ptérygion est facilement séparé à sa partie moyenne par le crochet à strabisme ; il est ensuite détaché de la portion cornéenne et refoulé dans une ouverture conjonctivale pratiquée à la partie supéro-interne de l'œil. Deux points de suture sont appliqués et l'on cautérise les points d'implantation cornéens.

9 mars. — Nouvelle cautérisation ignée du côté droit.

16 mars. — L'acuité visuelle est prise et donne les résultats suivants :

VOD = 1/50 VOG 1/15, avec trou sténopéique = 2/7.50.

17 mars. — Le malade sort. Du côté gauche il existe sur la partie périphérique de la cornée, un petit point de ptérygion qui ne paraît avoir aucune tendance à progresser. Du côté droit, la cornée est parfaitement circulaire.

OBSERVATION XX

G. S., 60 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 9 février 1888, pour ptérygion à l'œil droit.

Début. — Un petit bouton a marqué le début, il y a 3 ans.

29 février. — L'opération est pratiquée avec lavage oculaire et nasal préalable, par le procédé de Desmarres. Après la

transplantation du ptérygion, cautérisation ignée de la cornée sur les points occupés auparavant par le ptérygion.

2 mars. — Parfait état du ptérygion.

5 mars. — Un simple bandeau est appliqué. La récidive paraît ne pas devoir se produire.

OBSERVATION XXI

S. J., 53 ans, cultivateur, entre à l'hôpital (clinique d'ophtalmologie), le 20 février 1888.

Il y a 3 ou 4 ans, le malade commença à présenter de la diplopie et de la diminution de la vue du côté droit.

Après une intervention chirurgicale en août 1886, la diplopie disparut. 7 ou 8 mois après, elle se manifesta de nouveau.

Actuellement, le malade n'accuse aucune douleur. Un ptérygion sur lequel l'attention du malade n'a pas été attirée, occupe l'angle interne de l'œil gauche et empiète de 3 à 4 millimètres sur la cornée. Son aspect est membraneux avec légère vascularisation.

VOG = 2/40. Pas d'amélioration avec le trou sténopéique. Tension normale.

L'œil droit présente également un ptérygion dont la base s'insère à l'angle interne de l'œil et au bord palpébral situé entre cet angle et le point lacrymal inférieur, et dont le sommet arrive sur la cornée, sans atteindre cependant la partie centrale. La soudure par le ptérygion entre l'angle interne de l'œil et le bord palpébral limite les mouvements oculaires du côté externe et donne un résultat optique analogue à celui qui

existait pendant la paralysie du droit externe. Il y a en effet de la diplopie horizontale homonyme. Cette diplopie ne se produit que lorsque le malade regarde du côté droit et que l'objet est un peu placé à droite.

VOD = 5/30. Pas d'amélioration par le trou sténopéique. Tension normale.

Rien de particulier du côté des urines.

25 février. — Le ptérygion est détaché de son insertion cornéenne. La conjonctive, détachée en haut et en bas, est suturée et reprend la place du ptérygion, qui est refoulé dans l'angle interne. Cautérisation ignée de la cornée.

26. — Premier pansement. La diplopie a disparu, l'œil n'étant plus bridé.

28. — Nouvelle cautérisation au fer rouge de la cornée au niveau du point où s'insérait le ptérygion.

Le 24 mars, le malade est mis exeat. L'on peut constater que des deux côtés le ptérygion n'a aucune tendance à la récidive et de plus que VOD est actuellement de 5/15.

CHAPITRE VIII

MANUEL OPÉRATOIRE

Avant de décrire le manuel opératoire, je crois bon de dire quelques mots sur les différents instruments employés pour pratiquer la cautérisation ignée.

Le docteur Martinache, le premier qui ait employé le fer rouge en oculistique, s'est servi d'un stylet de trousse ordinaire, chauffé à la flamme d'une lampe à alcool.

M. Gayet a fait tout d'abord usage d'une aiguille à tricoter, de grosseur moyenne, dont l'extrémité opposée à celle qui était destinée à être rougie, était piquée dans un bouchon de liège ordinaire, afin de pouvoir être portée au rouge impunément pour l'opérateur.

M. le docteur Martin (de Bordeaux) usa en premier lieu d'un crochet à strabisme rougi à la flamme d'une lampe à alcool. Mais bientôt il reconnut qu'il est nécessaire de le porter à plusieurs reprises sur la plaie, afin que toute la surface soit cautérisée. Aussi, dans le ptérygion, préfère-t-il se servir d'un petit cautère en platine chauffé par la pile Planté. M. Trouvé a annexé à cette pile un rhéostat permettant de graduer la chaleur et d'obtenir la teinte rouge, à peine perceptible mais suffisante, avec laquelle l'application du cautère sur l'œil est possible sans que le malade se doute qu'il va être touché au

fer rouge. « Avantage énorme, ajoute le docteur Martin, lorsqu'on est en présence d'un sujet pusillanime. »

Assurément cet appareil que nous avons vu employer à la clinique de M. le Dr Truc est séduisant par sa coquetterie ; mais son emploi est souvent difficile. Il est d'abord d'un prix élevé, et de plus, s'il n'est manié avec une attention toute particulière, le courant peut être interrompu, ou bien le fil de platine être porté à un tel degré de chaleur qu'il se volatilise sur-le-champ. Pendant ce temps, le malade est là, attendant impatiemment la fin de l'opération.

Un autre instrument également employé est le thermo-cautère de Paquelin, modifié suivant les besoins de la chirurgie oculaire. Malgré tous ses avantages, on peut encore lui reprocher son prix élevé, un appareil instrumental compliqué, et surtout la nécessité d'avoir toujours avec soi une tige de platine de rechange, le platine finissant par s'effriter après un usage plus ou moins prolongé.

Ne vaut-il pas mieux se servir de la simple aiguille à tricoter, ou bien du cautère adopté par M. le Dr Truc, consistant en une courte tige de fer emmanchée pour garantir les doigts de l'opérateur, terminée en pointe fine à l'autre extrémité et portant en son milieu un renflement sphérique destiné à servir de réservoir de chaleur ? L'on pourra objecter que le malade se rend trop bien compte de ce qui va se passer et que, l'imagination aidant, il pourra refuser l'intervention proposée. Mais je dois dire que j'ai souvent vu le fer rouge mis en usage, et que jamais un patient (homme ou femme) n'a hésité à se soumettre à ce genre de médication.

Quel que soit l'instrument que l'on choisisse, aiguille à tricoter, stylet de trousse, crochet à strabisme, galvano-cautère, thermo-cautère, cautère en acier, le malade, préalablement cocaïnisé, sera placé assis sur une chaise ordinaire, la tête penchée en arrière, bien en face de l'opérateur. Celui-ci,

avec deux doigts de la main gauche (pouce et indicateur), écarte les paupières ; de la main droite, il porte le cautère sur le point malade avec rapidité et délicatesse.

Chez les enfants ou les personnes trop impressionnables devra-t-on se servir des anesthésiques ? Oui, si toutefois leur emploi n'est pas contre-indiqué, car un mouvement intempestif pourrait occasionner des désordres graves.

Enfin, et à l'exemple du docteur Coursserant, si l'on avait à redouter les effets du chloroforme, l'on pourrait utiliser avantageusement le chloral.

Les précautions anesthésiques sont assurément bonnes à prendre, car elles ont l'avantage de supprimer complètement la douleur. Cependant il ne faut pas trop s'exagérer la douleur produite par l'application du fer rouge sur la cornée. Les animaux mis en expérience ne réagissent pas autant qu'on pourrait le supposer, à priori, et les malades cautérisés qui ont pu, par conséquent, rendre compte des sensations éprouvées, ont accusé, les uns un simple contact, les autres une cuisson plus ou moins vive. Mais je puis dire que les patients étaient plus effrayés par la vue de l'instrument que douloureusement impressionnés par l'application du feu.

Remarquons à ce propos que la douleur est en rapport avec la température du cautère : en effet, au rouge cerise ou au rouge blanc, la tige métallique n'a aucune tendance à adhérer à la cornée. Mais l'aiguille est-elle portée au rouge brun, l'impression ressentie est beaucoup plus pénible, à cause de l'adhérence à la cornée, adhérence qui n'est vaincue que par de petits mouvements de rotation.

Il est enfin une précaution capitale que l'opérateur doit prendre toutes les fois qu'il porte un cautère sur le segment antérieur de l'œil. Il faut que les paupières soient aussi écartées que possible et soigneusement protégées, car si l'on note peu

de réaction de la part de la cornée sous l'influence du fer rouge, il n'en est pas de même du bord palpébral, dont il faut se tenir à distance.

D'après tout ce qui précède, l'on voit combien est simple le manuel opératoire. Une lampe à alcool suffit pour porter l'extrémité effilée du cautère à la température voulue.

Il est facile de cacher au malade les préparatifs de l'opération, que l'on peut faire sans qu'il quitte son lit.

CHAPITRE IX

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1° La cautérisation ignée est le moyen le plus simple et le meilleur contre les ulcères à hypopyon ;

2° Elle a sur le Sœmisch l'avantage de mener toute seule à bonne fin la cure radicale de ces ulcères ;

3° Elle doit être employée contre l'ulcère aigu menaçant d'aboutir à une perforation de la cornée ;

4° Elle arrête les accidents consécutifs à l'infection septique d'une plaie faite sur la cornée pour pratiquer une opération telle que l'extraction de la cataracte ;

5° Tout nous porte à espérer que les malades traités pour ptérygion par le fer rouge ne verront pas de récidive ;

6° La cautérisation par le fer est très bien supportée par la cornée ;

7° Elle ne produit jamais de réaction grave ; elle n'est pas douloureuse ; son action est très limitée ; elle est antiseptique, modificatrice et formatrice ; elle est antiphlogistique ;

8° Elle nécessite un appareil instrumental que l'on peut toujours avoir à sa disposition.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De Wecker et Landolt. — *Traité complet d'ophtalmologie.*

De Wecker. — *Thérapeutique oculaire. Leçons cliniques.*

Edouard Meyer. — *Traité pratique des maladies des yeux.*

Poulet et Bousquet. — *Traité de pathologie externe.*

Georges Martin (de Bordeaux). — *De la cautérisation ignée comme complément dans l'opération du ptérygion.* (*Ann. d'oculistique*, 1881).

Ch. Abadie. — *Moyens de combattre les accidents de suppuration consécutifs à l'opération de la cataracte.* (*Annales d'oculistique*, 1882-1883).

Passerat. — *Contribution à l'étude de la cautérisation ignée de la cornée.* Thèse de Paris, 1877.

Lavallée. — *De la cautérisation ignée en thérapeutique oculaire.* Thèse de Paris, 1881.

Fromond. — *Du traitement par le feu de certaines affections de la cornée.* Thèse de Paris, 1887.

Maufrais. — *De quelques emplois du fer rouge en oculistique.* Thèse de Paris, 1887.

Galezowski. — *Traité des maladies des yeux.*

Panas. — *Leçons sur les kératites.*

Dr Coursserant. — *Journal des connaissances médicales*, 1879.

Del Toro. — *Cautérisation ignée dans les affections de la cornée.* (*Chronique ophtalmologique* de Cadix, 1880).

Martinache. — *Ulcere of the cornea by the actual cautery*, 1873. Soc. de chirurgie, 1876.

Dr Poncet de Cluny. — *Du ptérygion.* (*Annales d'oculistique*, 1881).

Delsol. — *De la cautérisation ignée dans quelques affections de la cornée.* Thèse de Paris, 1881.

Carré. — *De la cautérisation ignée de la cornée et de ses indications.* (*Gazette d'opthalmologie*, 1882).

WECKER ET MASSELON. — *Emploi de la galvano-caustique en chirurgie oculaire.* (*Annales d'oculistique*, 1882).

BRUTÉ. — *Du traitement de la kératite suppurée par l'opération de Sœmisch combinée avec la cautérisation ignée.* (*Recueil d'ophtalmologie*, 1884).

ANDREW. — *On the use of the cautery in eye-practice.* (*Brit. med. journal* 1884).

NIEDEN. — *Galvano-cautère dans les maladies des yeux.* (*Compte rendu du congrès de Copenhague*, p. 218).

BRETTEMIEUX. — *Indications sur l'iridectomie et recherches sur l'antisepsie opératoire dans l'opération de la cataracte.* Thèse de Paris, 1885.

THOUMAS. — *Traitement antiseptique de l'ulcère à hypopyon.* Thèse de Paris, 1886.

FIN

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 27 juin 1888.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut :
G. CHANCEL.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 26 juin 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !